

فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی، سال اول، شماره چهارم، زمستان ۹۴، صفحات ۶۷-۹۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۱/۲۴ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۴/۰۸/۱۵

مقایسه‌ی وضعیت سلامت اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور

فرهاد بیانی^۱

توکل آقایی هیر^۲

سید یاسین حسینی^۳

غلامرضا دتکوب^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر ناباروری بر سلامت اجتماعی زنان است که به این منظور دو گروه از زنان شامل یک گروه ۲۰ نفری از زنان شهرستان سقز دارای تجربه‌ی باروری و یک گروه ۲۰ نفری از زنان همین شهرستان که یا توان فرزندآوری نداشتند و یا برای فرزندآوری نیازمند سپری کردن دوران مراقبتی و دارویی ویژه‌ای بودند با روش تصادفی ساده انتخاب شدند و به روش آزمایش و با استفاده از ابزار پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. اعتبار پرسشنامه با روش اعتبار محتوا ارزیابی شد و برای ارزیابی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است. یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی سلامت اجتماعی پایین‌تر زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور است (۳/۱۴ در برابر ۳/۳۶). همچنین تفاوت معنی‌داری میان سلامت اجتماعی زنان بارور و نابارور در قالب پنج بعد وجود دارد (Sig=0.04). مقایسه‌ی ابعاد سلامت اجتماعی در میان دو گروه نشان می‌دهد ابعاد «شکوفایی اجتماعی» (متوسط رو به

۱ - دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول) bayani.farhad@tabrizu.ac.ir

۲ - استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه تبریز t.aghayari@tabrizu.ac.ir

۳ - کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد آشتیان hoseini.yasin7@yahoo.com

۴ - کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد reza.da1660@yahoo.com

۳ - کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد آشتیان

۴ - کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد

پایین) و «انسجام اجتماعی» (متوسط رو به بالا) تفاوت معنی‌داری در میان دو گروه ندارند اما ابعاد «همبستگی اجتماعی» (متوسط)، «پذیرش اجتماعی» (متوسط رو به بالا) و «مشارکت اجتماعی» (متوسط رو به بالا) تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهند. از این نتایج می‌توان استنباط کرد که جامعه بخشی از فرآیند تکامل شخصیتی و هویتی زنان را منوط به ایفای نقش مادری می‌داند. ناباروری و نداشتن تجربه‌ی مادری باعث ایجاد نگرش و قضاوت منفی جامعه در مورد زنان نابارور می‌شود و همین نگرش منفی می‌تواند میزان سلامت اجتماعی زنان را تحت تأثیر قرار دهد و آن را با چالش جدی مواجه کند.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، ناباروری، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی.

مقدمه و طرح مسئله

بعد اجتماعی سلامت دربرگیرنده‌ی سطوح مهارت اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه‌ی بزرگتر است. در این راستا، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه‌ی بزرگتر به حساب می‌آید. در سنجش سلامت اجتماعی^۱ به نحوه‌ی ارتباط شخص در شبکه‌ی روابط اجتماعی توجه می‌شود (استان و جاکوب، ۲۰۰۵ به نقل از رفیعی و دیگران، ۱۳۸۸: ۸). سلامت اجتماعی یک سازه‌ی اجتماعی است که دارای ابعاد شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است (کییز^۲، ۱۹۹۸: ۱۲۳-۱۲۲). همانطور که از تعریف سلامت اجتماعی مشخص است، این مفهوم دارای ابعاد و شاخص‌های متنوع اجتماعی و فرهنگی است که در جوامع مختلف

1 - Social Health

2 - Keyez

می‌تواند صورت‌های مختلفی به خود بگیرد. در این مورد پارک می‌نویسد: «سلامت یک مفهوم نسبی است و معیارهای سلامت در میان گروه‌های سنی، فرهنگی و طبقات اجتماعی متفاوت است و این موضوع گواه آن است که باید در هر اجتماعی تعریف سلامت از نظر شرایط بوم شناختی موجود انجام شود، یعنی به جای تعیین استانداردهای جهانی برای سلامت، هر کشوری باید درباره‌ی هنجارهای خود با توجه به مجموعه‌ی شرایط موجود تصمیم بگیرد و سپس در جست و جوی راه‌های دست‌یابی به سطح تعیین شده برای سلامت باشد» (پارک، ۱۳۸۴ به نقل از علوی و دیگران، ۱۳۹۰: ۲۹). آدام معتقد است بیماری و سلامتی بر حسب خواست‌ها و انتظارات محیط زیست ما و میزان جافتادگی ما در این محیط و روابط مثلاً خانوادگی و حرفه‌ای ما شکل می‌گیرند و به معنای واقعی کلمه حالات اجتماعی را تشکیل می‌دهند (آدام، ۱۳۸۵ به نقل از سام آرام، ۱۳۹۱: ۲۹).

از آنجا که سلامت زیستی و اجتماعی به هم پیوسته‌اند و نمی‌توان هر کدام را جدا از دیگری دانست، بنابراین توجه به سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت اهمیت دارد. «عناصری مانند جنسیت، محل اقامت، پایگاه اجتماعی و اقتصادی و نابرابری میان قشرهای اجتماعی یا حرفه‌ای در امر سلامت اجتماعی دخالت دارند» (همان). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۰ ضمن توجه دادن مسئولین کشورها در راستای تامین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه همواره به این نکته تاکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد. از این رو وقتی از سلامت سخن گفته می‌شود باید به جنبه‌های گوناگون آن توجه کرد (علوی، ۱۳۹۰: ۲۹). سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعادل زندگی

اجتماعی هر انسان دارد و پوشش فراگیر آن در جامعه می‌تواند موجب توسعه‌ی اجتماعی گردد (سام‌آرام، ۱۳۹۱: ۲۸).

در مورد اهمیت سلامت اجتماعی کان‌گلیم^۱ اینگونه می‌نویسد: «باید به چیزی فراتر از جسم دیده‌دوخت تا بتوان آنچه را که برای همین جسم بهنجار است مشخص کرد. آدم زنده در میان قوانین زندگی نمی‌کند بلکه در بین موجودات و وقایعی که این قوانین را متفاوت و متنوع می‌سازند به حیات خود ادامه می‌دهند (آدام، ۱۳۸۵ به نقل از سام‌آرام، ۱۳۹۱: ۲۹). سلامت اجتماعی در واقع دربردارنده‌ی سلامت رفتارهای اجتماعی و انتخاب‌های اجتماعی است و این که کنشگران انسانی در محیط جامعه چگونه با یکدیگر به صورت مفید و سالمی کنش متقابل و ارتباط دارند.

ناباروری از نظر پزشکی عبارتست از «بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری» (لانفلد^۲ و دیگران، ۲۰۰۴ به نقل از عباسی شوازی، ۱۳۸۴: ۹۲). زنان و مردان به طور یکسانی با این مشکل مواجه‌اند. به طور کلی ۳۵ درصد ناباروری‌ها مربوط به مردان، ۳۵ درصد مربوط به زنان، ۲۰ درصد مربوط به عوامل ناشناخته‌ای که می‌تواند از زن یا مرد ناشی شود و ۱۰ درصد به عوامل پیشگیری از جمله سن ازدواج، عفونت‌ها، بیماری‌هایی مثل سل، مالاریا، نوع شغل و عوامل محیطی مربوط است (ایونز^۳، ۲۰۰۴ به نقل از عباسی شوازی، ۱۳۸۵: ۹۲).

1 - Conguilhem

2 - Lunenfeld

3 - Evans

ناباروری در میان زوج‌های استان کردستان و شهر سقز نیز به عنوان مسئله‌ای که افراد جامعه با آن دست به گریبان هستند، وجود دارد. در مورد میزان ناباروری در این استان، رئیس دانشگاه علوم پزشکی کردستان در حاشیه‌ی افتتاح مرکز تشخیص و درمان ناباروری استان در این ارتباط اعلام کرد: «حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد زوج‌های استان کردستان به دلایل متفاوتی دارای مشکل ناباروری هستند» (خبرگزاری فارس، ۱۳۹۱/۰۶/۰۸). در همین رابطه، دکتر معصومه رضایی مسئول این مرکز در باره‌ی آمار مراجعان به این مرکز اعلام کرد «روزانه به طور متوسط ۲۰ تا ۳۰ زوج نابارور به مرکز درمان ناباروری کردستان مراجعه می‌کنند که خدمات تشخیصی، آزمایشگاهی و درمانی بر روی آنها انجام می‌گیرد» (ایرنا، ۱۳۹۳/۱۰/۲۱). البته آمار دقیق و روشنی درباره‌ی میزان ناباروری در استان وجود ندارد و حتی این وضعیت شامل کشور نیز می‌شود. «نه تنها در استان بلکه در ایران آمار واضح و مشخصی از نازایی وجود ندارد ولی به طور متوسط ۲۰ تا ۲۵٪ در آمارهای مختلف آمار نازایی را گزارش کرده‌اند که به نظر می‌رسد روز به روز هم در حال افزایش است» (باشگاه خبرنگاران جوان، ۱۳۹۲/۰۲/۲۴).

در این پژوهش منظور از زنان نابارور هم آن دسته از زنانی‌اند که برای همیشه نمی‌توانند باروری را تجربه کنند و هم آن گروه از زنانی که برای بارور شدن نیازمند مراقبت‌ها و اقدامات پزشکی هستند که در مراکز درمان ناباروری انجام می‌شود.

محققان تأثیرات ناباروری را از دیدگاه‌های مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند. ناباروری می‌تواند به عنوان بحران زندگی، بحران هویت و بیماری مزمن و نیز ترکیبی از این‌ها در نظر گرفته شود. ناباروری با داشتن درمان‌های پیچیده و استرس‌های

گونگون ویژگی‌های بیماری‌های جسمی مزمن را پیدا کرده است. اغلب افراد نابارور در طی مراحل درمان، استرس و تنش را تجربه می‌کنند. نتایج برخی تحقیقات از جمله پژوهش اندروز^۱ و دیگران حاکی از آن است که زوج‌های نابارور رضایت کمتری از زندگی خود نسبت به هم‌تا‌های بارور تجربه می‌کنند (نیلفروشان و دیگران، ۱۳۸۵: ۶۷). ناباروری نه تنها تأثیر عمیقی بر وضعیت روانشناختی فرد دارد، بلکه فشار روانی زیادی را بر روابط حاکم میان زن و شوهر وارد می‌کند. نگرانی و احساس شکستی که به دنبال آن می‌آید، به‌ویژه هنگامی که فشارهای خانواده و جامعه زیاد باشد، بیشتر اوقات منجر به از بین رفتن هماهنگی میان زن و شوهر و از هم گسیختگی خانواده می‌شود (شجاعی‌تهرانی و عبادی فردآذر، ۱۳۸۳: ۶). علاوه بر مشکلات زناشویی، زن نابارور ممکن است از تماس با مادر و خواهر خود پرهیزد چراکه آن‌ها دائماً وی در این زمینه سوال می‌کنند. هم‌چنین از دوستان حامله‌ی خود دوری می‌کند زیرا آنان یادآور این نکته‌اند که سایرین به آسانی باردار می‌شوند (کریم زاده میبدی و دیگران، ۱۳۷۵: ۲). سطح بالای استرس در زنان نابارور خواه به این دلیل که آیا استرس به عملکرد زناشویی و افت کیفیت زندگی در ارتباط بوده است (اندروز و دیگران، ۱۹۲۲: ۱۲۴۷).

قانون حمایت از خانواده‌ی ایران نیز بیانگر اهمیت فرزندآوری در جامعه‌ی ایران است. بر اساس ماده‌ی ۹ این قانون، عقیم بودن می‌تواند به عنوان یکی از دلایل طلاق مطرح شود و در صورت تقاضای یکی از طرفین، طلاق بلامانع می‌باشد. در فرهنگ و

سنت ایرانی، همانند بسیاری از کشورهای دیگر، نقش مادری زن اهمیت و جایگاه ویژه‌ای دارد. خود زنان نقش مادری را مهم‌ترین وظیفه‌ی خود می‌دانند (شوازی و دیگران، ۱۳۸۴: ۹۳).

در مطالعه‌ای که رفعت‌جاه (۱۳۸۳) با عنوان «زنان و بازتعریف هویت اجتماعی» انجام داد به این نتیجه رسید که بیش از ۹۰ درصد زنان تهرانی ۴۵-۲۵ سال که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته بودند اهمیت زیادی به نقش مادری می‌داده‌اند، ۸۲ درصد نیز همسری و ازدواج را برای یک زن دارای اهمیت بالا شمرده‌اند. مهم‌ترین نقش یک زن از نظر پاسخگویان در مطالعه‌ی رفعت‌جاه در مرحله‌ی اول مادری، سپس همسری و در مرتبه‌ی سوم تحصیلات عالی و نقش‌های تحصیلی و نقش‌های شغلی بوده است.

با وجود پژوهش‌های بسیاری که در برخی از کشورها با عنوان سلامت اجتماعی انجام شده است (مانند اندروز و دیگران، ۱۹۹۲؛ فارل و گیست - مارتین^۱، ۲۰۰۵؛ لینکلن^۲، ۲۰۰۶ و کبیز، ۱۹۹۸) ولی هنوز جنبه‌های مبهم آن بسیار است. از جمله این که سلامت اجتماعی شاخص و ابعاد زیادی دارد که در جوامع و شرایط مختلف متفاوت است. در برخی کشورها برخی شاخص‌ها اهمیت بیشتری دارند (سام آرام، ۱۳۹۱: ۲۸).

از آنجا که تحقیقاتی وجود دارند که نشان می‌دهند ناباروری می‌تواند باعث کاهش «رضایت از زندگی» و «کیفیت زندگی» شود (زمانی و دیگران، ۱۳۹۲؛ علامی و دیگران، ۱۳۸۷؛ نوربالا و دیگران، ۱۳۸۶؛ نیلفروشان و دیگران، ۱۳۸۵) بنابراین

1 - Farrall & Geist- Martin

2 - Lincoln

ناباروری را می‌توان یکی از عوامل تأثیرگذار بر روی سلامت اجتماعی زنان مورد ارزیابی قرار داد. باوجود اینکه زنان و مردان تقریباً به یک اندازه با ناباروری درگیرند اما به لحاظ اجتماعی و عرفی معمولاً ناباروری یک مشکل زنانه تلقی می‌شود و زنانی که با این نارسایی مواجه‌اند نوعی ناهنجاری در زندگی‌شان رخ می‌دهد که این ناهنجاری هم جنبه‌ی فردی و هم جنبه‌ی اجتماعی دارد. بدیهی است تجربه‌ی مادری برای زنان یک امر خاص و ویژه است و زنانی که از این تجربه دور می‌مانند مشکلات متعددی از قبیل انزوا، دریافت انگ اجتماعی از سوی اطرافیان، کاهش اعتماد به نفس و حتی مشکلاتی در کیفیت تحصیل و انجام وظایف شغلی برای‌شان قابل تصور است (نگاه کنید به فهیمی، ۱۳۸۸) که این مسائل می‌تواند در تعیین سطح سلامت اجتماعی این زنان مؤثر باشد و میزان سلامت اجتماعی آنان را در مقایسه با زنان بارور کاهش دهد.

در واقع هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی ابعاد و شاخص‌های سلامت اجتماعی در میان زنان بارور و زنان نابارور است. به دنبال همین مطلب می‌توان اشاره کرد که سوال اصلی که این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ آن می‌باشد این است که:

«آیا وضعیت سلامت اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است؟» و یا به عبارت دیگر «آیا ناباروری زنان بر میزان سلامت اجتماعی آنان مؤثر است؟». سوالات فرعی که مقاله حاضر در صدد پاسخگویی به آنها است عبارتند از:

۱. آیا میزان شکوفایی اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است؟
۲. آیا میزان همبستگی اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است؟

۳. آیا میزان انسجام اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد؟

۴. آیا میزان پذیرش اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است؟

۵. آیا میزان مشارکت اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور به صورت معنی‌داری متفاوت است؟

پیشینه‌ی پژوهش

در مورد ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی وضعیت سلامت زنان نابارور و یا مقایسه‌ی سلامت آنان با زنان بارور مطالعات مختلفی انجام شده است. البته در بیشتر این مطالعات از کیفیت زندگی سخن گفته شده است اما از آن جا که سلامت اجتماعی معنایی دیگر از کیفیت زندگی است و یا به تعبیری شاخص مهمی برای کیفیت زندگی است در نتیجه می‌توان این مطالعات تجربی را مرتبط با سلامت اجتماعی دانست. به تعدادی از این تحقیقات تجربی اشاره می‌شود:

نتایج مطالعات انجام شده در زمینه‌ی ناباروری بیانگر مشکلات متعددی از جمله افسردگی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و عدم رضایت از عملکرد جنسی و قصد خودکشی در افراد می‌باشد (اندروز و دیگران، ۱۹۹۲؛ گودرزی و محرری، ۱۳۸۳).

در مطالعه‌ی دیگری که به منظور تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان نابارور در امارات انجام شد محققین دریافتند که سن بالای ۳۰ سال زنان، ناباروری اولیه و

ناباروری با عامل زنانه با کیفیت زندگی پایین مرتبط بوده است (خیاطا^۱ و دیگران، ۲۰۰۳).

در پژوهش علامی و دیگران (۱۳۸۷) که با عنوان «کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مؤثر بر آن» انجام گرفته است، در حدود ۵۱/۷ درصد از زنان مورد مطالعه که نابارور بودند کیفیت زندگی متوسط یا پایینی داشته‌اند که این وضعیت می‌تواند ناشی از ناباروری آنان باشد. هم‌چنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که زنان نابارور عمدتاً تفکرات غیرمنطقی درمورد فرزند داشته‌اند. به این صورت که عموماً تصور کرده‌اند که زنانی که فرزندآوری دارند شادتر هستند و برای شادزیستن وجود فرزند و فرزندآوری حتماً لازم و ضروری است. زنان نابارور این تحقیق نشان می‌دهند که زنان نابارور ثانویه که حداقل یک بچه‌ی زنده داشتند کیفیت زندگی بهتری نسبت به آنهایی که نتیجه‌ی بارداری قبلی آنها سقط یا بچه‌ی مرده بود داشتند و بین کیفیت زندگی و نتیجه‌ی بارداری قبلی و کیفیت زندگی و شدت تمایل به بچه‌دار شدن رابطه‌ی معنی داری وجود داشت.

نوربالا و دیگران (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان «تأثیر مداخلات روان‌پزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج‌های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت باروری» نشان دادند: زوجین نابارور قبل از انجام اقدامات درمانی رضایت از زندگی پایینی را نسبت به بعد از انجام اقدامات درمانی داشته‌اند. متوسط رضایت از زندگی زنان نابارور پیش از درمان ۱۴۴/۷ بوده است که پس از درمان به ۱۶۴/۱ رسیده است. در گروه مردان نیز میانگین نمره از ۱۴۸/۴ به ۱۶۹/۲ افزایش یافته است. در هر دو جنس حدود

1 - Khayata

۲۰ نمره به میزان رضایت از زندگی‌شان افزوده شده است. نیلفروشان و دیگران (۱۳۸۵) در پژوهش خود با عنوان «مقایسه‌ی کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان بارور و نابارور» به این نتیجه رسیدند که میانگین لذت از زندگی در میان زنان نابارور کمتر از زنان بارور است، هم‌چنین نشان می‌دهد زنان نابارور از نظر عاطفی-روانی در وضعیت دشوارتری به سر برده و از زندگی خود لذت کمتری می‌برند.

اینهورن^۱ (۲۰۰۳ a؛ ۲۰۰۳ b) در مطالعات خود در مصر به این نتیجه رسید که به دلیل نظام پدرسالاری حاکم بر این جامعه، زنان مصری ازدواج کرده با مردان نابارور، مشکلات زیادی را از سوی همسران، خویشاوندان همسران و همایسگان تجربه می‌کنند و در مواردی که حتی معلوم است که ناباروری از سوی مرد است، زنان به این دلیل که از لحاظ روانی و اجتماعی تحت فشارند، درمان‌های ناباروری را پیگیری می‌کنند.

در بسیاری جوامع مانند نیجریه، موزامبیک، زامبیا و بنگلادش نیز زنان نابارور از بسیاری از مراسم و آداب اجتماعی محروم‌اند. افراد جامعه آنها را به عنوان افرادی شرور در نظر می‌گیرند. زنان نابارور در معرض خشونت خانگی و رفتارهای توهین‌آمیز از جانب همسر و خانواده‌اش قرار دارند و همسر زن مجاز با ترک زن و ازدواج مجدد می‌باشد (ونبلن و گریتس^۲، ۲۰۰۱: ۲۱۶).

در مطالعه‌ی دیگری که به‌منظور تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان نابارور در امارات انجام شد محققین دریافتند که سن بالای ۳۰ سال زنان، ناباروری اولیه و

1 - Inhorn

2 - Van Balen & Giritts

ناباروری با عامل زنانه با کیفیت زندگی پایین مرتبط بوده است (خیاطا و دیگران، ۲۰۰۳).

مبانی نظری

در تعیین سلامت فرد عوامل مختلف زیستی، رفتاری و محیطی اثرگذار است. اما سلامتی جامعه بر اساس عوامل اجتماعی و اقتصادی شکل می‌گیرد. می‌توان سلامت اجتماعی را با سه تلقی تعریف کرد؛ اول، سلامت اجتماعی به مثابه‌ی «بعد اجتماعی سلامت فرد» که در کنار دو بعد جسمی و روانی فرد، به رابطه‌ی او با جامعه نظر دارد. دوم، جامعه‌ی سالم به مثابه‌ی «شرایط اجتماعی سلامت بخش» و در نهایت، سلامت اجتماعی به مثابه‌ی «وضعیت اجتماعی بهتر به طور کلی» که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه مصادیق و معانی عینی متفاوتی می‌یابد (امینی رارانی و دیگران، ۱۳۹۰: ۶-۲۰۵). در پژوهش حاضر معنای اول یعنی بعد اجتماعی سلامت فرد مدنظر است و هدف، بررسی شاخص‌های سلامت اجتماعی در میان زنانی است که از نظر باروری طبیعی دارای مشکل‌اند. در مورد هدف شکل‌گیری سلامت اجتماعی می‌توان گفت: «شاخص سلامت اجتماعی در کل با هدف بررسی کیفیت زندگی ایجاد شده است. این شاخص کمتر به مشکلات شخصی فرد می‌پردازد و منحصر بر روی مشکلات اجتماعی که در یک اقلیم اجتماعی خاص روی می‌دهد متمرکز است» (رفیعی و دیگران، ۱۳۸۸: ۸۷).

کیز^۱ سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در

1 - Keyes

اجتماع و کیفیت روابط خود با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به عضوی از آنها است تعریف می‌کند. او بر این اساس مدل پنج عاملی خود را بیان می‌کند که در آن پنج عامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند (کییز، ۲۰۰۴: ۱۹). او در مقاله خود در سال ۱۹۹۸ در تعریف سلامت اجتماعی می‌نویسد «سلامت اجتماعی عبارت است از نبود وضعیت و احساسات ناخوشایند، همچنین سازگاری و انطباق با جهان پرخطر پیرامون» (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۱). لارسن^۱ سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با دیگران تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند (لارسن، ۱۹۹۶: ۱۸۳). به نظر کییز و شاپیرو^۲ آنچه بیشتر به زندگی غنا می‌بخشد خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. پس توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی عنوان سلامت اجتماعی می‌گیرد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). می‌توان گفت بر این اساس که زنان دارای مشکل باروری به نوعی در میان سایر زنان دارای شرایط نابهنجاری هستند و اینکه تجربه‌ی مادری برای زنان تنها یک نقش اجتماعی نیست بلکه جنبه‌ای از تکامل روحی و اجتماعی آنان نیز به شمار می‌آید و در نتیجه اگر زنی در این زمینه با نقصی مواجه شود جریان روابط اجتماعی‌اش با اطرافیان و همچنین میزان پذیرش اجتماعی‌اش دچار نقص می‌شود.

1 - Larson

2 - Keyes & Shapiro

در یک نگاه سیستمی به خانواده، خانواده به عنوان نظامی با سایر نظام‌ها مانند خانواده‌ی زن، خانواده‌ی مرد و سایر نظام‌های متعامل در ارتباط است. تمامی عناصر در پدیدارها و رخدادها سهم می‌باشند، باهم کار می‌کنند، تغییر می‌یابند، بیمار می‌شوند و باهم درمان می‌شوند (استریت، ۱۳۷۶). برای حل مشکلات نیز لازم است تا چند نسل خانواده مورد ملاحظه قرار گیرند. طبق این نظریه در طول چرخه‌ی زندگی یک سری مراحل قابل انتظاری وجود دارد که بیشتر مردم آن را به طریق قابل پیش بینی طی می‌کنند. پدر و مادری به عنوان یک مرحله‌ی زندگی نشان دهنده‌ی تثبیت یک خانواده‌ی جدید می‌باشند و ناباروری باعث می‌شود که زوجین به مرحله‌ی پیش بینی شده‌ی پدرومادری منتقل نشوند، نظم فعالیت‌های زندگی و نقش‌های افراد به هم بریزد و کارکردهای خانواده آسیب ببیند (برنز و کاوینگتون، ۲۰۰۰: ۱۰).

همین که یکی یا دو هردو طرف زوجین از این مسیر بهنجار خارج شوند در تعاملات، حل مسائل اجتماعی و پذیرش، پذیرش خود به عنوان عضوی مؤثر و مفید در اجتماع و حتی اعتماد به سایر افراد (در اثر کاهش مشارکت اجتماعی) اعتماد به نهادهای رسمی دچار چالش شده و این چالش که در ابعاد گوناگون زندگی فردی و اجتماعی فرد رخ می‌دهد، می‌تواند سلامت اجتماعی او را به خطر اندازد.

سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت (کییز، ۲۰۰۴: ۴۸).

ابعاد سلامت اجتماعی

کیز (۱۹۹۸) ابعاد سلامت اجتماعی را دارای پنج بعد می‌داند که هر کدام از این ابعاد را با جزئیات بیشتری نیز توضیح می‌دهد؛ یکی از ابعاد آن انسجام اجتماعی^۱ است که مربوط به ارزیابی کیفیت روابط شخص با جامعه و گروه است. بعد دیگر سلامت اجتماعی عبارت است از پذیرش اجتماعی^۲ که به نحوه‌ی تفسیر فرد از ویژگی‌ها و خصائص سایر افراد اشاره دارد. افرادی که پذیرش اجتماعی بالایی دارند به دیگران اعتماد دارند، معتقدند دیگران می‌توانند مهربان باشند و همچنین معتقدند سایر افراد نیز در جامعه کوشا و فعال هستند. این گونه افراد دیدگاه مثبتی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. مشارکت اجتماعی^۳ بعد سوم سازه‌ی سلامت اجتماعی است که مربوط به ارزیابی ارزش اجتماعی فرد است همچنین شامل این نگرش است که هر کس یک عضو حیاتی برای جامعه می‌باشد و چیزهای با ارزشی به جامعه ارائه می‌دهد. کیز بعد چهارم را شکوفایی اجتماعی^۴ می‌داند که آن هم عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها، ظرفیت‌ها و رویه‌های موجود در جامعه. اعتقاد به اینکه جامعه به وسیله‌ی نهادها و شهروندان قابل درک است. افراد دارای سلامت اجتماعی به وضعیت کنونی و همچنین آینده جامعه امیدوارند و می‌توانند ظرفیت‌های جامعه را بشناسند. سرانجام بعد پنجم متغیر سلامت اجتماعی، همبستگی اجتماعی^۵ است که مربوط به ادراک کیفیت، سازماندهی و عملکرد جهان اجتماعی است و

1 - Social Integration

2 - Social Acceptance

3 - Social Contribution

4 - social Actualization

5 - Social coherence

همچنین مربوط شناخت جامعه است. افراد دارای سلامت اجتماعی نه تنها نگران جهان اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند هستند بلکه احساس می‌کنند می‌توانند آنچه را که در پیرامون‌شان رخ می‌دهد درک کنند (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳-۱۲۲).

فرضیه‌های پژوهش

۱. میانگین سلامت اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است.
۲. میانگین شکوفایی اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است.
۳. میانگین همبستگی اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است.
۴. میانگین انسجام اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است.
۵. میانگین پذیرش اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است.
۶. میانگین مشارکت اجتماعی در میان زنان بارور و نابارور متفاوت است.

روش‌شناسی

روش انجام پژوهش در مقاله‌ی حاضر روش آزمایش در محیط طبیعی است که در آن دو گروه به عنوان گروه کنترل و گروه آزمایش انتخاب شده‌اند. گروه کنترل شامل زنانی است که به شکل طبیعی و بدون استفاده از شیوه‌های درمانی قادر به فرزندآوری هستند و گروه آزمایش آن دسته از زنان را دربر می‌گیرد که یا ناتوان از فرزندآوری‌اند و یا برای فرزندآوری نیازمند مراجعه به پزشک و مراکز درمانی هستند که در این مراکز با استفاده از دوره‌های درمانی مخصوصی می‌توانند فرزندآوری را تجربه کنند. متغیر سلامت اجتماعی با گویه‌های یکسانی در اختیار هر دو گروه قرار

داده شد و بعد از بررسی و تحلیل داده‌ها، وضعیت سلامت اجتماعی و ابعاد مختلف آن در این دو گروه با همدیگر مقایسه شد. با استفاده از انتخاب تصادفی اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل، هم‌تاسازی گروه‌ها حاصل شده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش تمامی زنانی بوده است که به کلینیک زنان و زایمان^۱ در شهر سقز مراجعه کرده‌اند. برای بررسی میدانی و جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر تعداد ۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شده‌اند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده بوده است به این شکل که فهرستی (چهارچوب نمونه‌گیری) از کلیه‌ی مراجعین به مرکز درمانی زنان و زایمان مورد نظر این پژوهش تهیه شده سپس به صورت دو فهرست، شامل فهرست زنان باروری که برای مشاوره‌های تغذیه‌ای، بهداشتی دوره‌ی بارداری و غیره به این مرکز مراجعه کرده‌اند و فهرستی شامل زنان ناباروری که نیازمند دوره‌های درمانی ویژه‌ای برای باروری بوده‌اند، تبدیل شده است. از هر کدام از این دو فهرست به صورت تصادفی و با رعایت شانس برابر برای تمامی افراد، تعداد نمونه‌ی مورد نیاز در هر گروه انتخاب شده است که از این تعداد ۲۰ نفر مربوط به گروه کنترل و تعداد ۲۰ نفر نیز مربوط به گروه آزمایش است. از نظر آماری، پژوهش‌های تجربی با تعداد نمونه‌ی ۱۵ الی ۲۰ نفری کفایت می‌کند (عریضی و فراهانی، ۱۳۸۷). به همین سبب در پژوهش حاضر تعداد ۴۰ نمونه انتخاب شدند و در قالب دو گروه کنترل (زنانی که تجربه باروری دارند) و آزمایش (زنانی که نابارور هستند) به روش هم‌تاسازی و توجه به این نکته که از نظر سایر متغیرهای اثرگذار مانند تحصیلات، سن و غیره تناسبی میان دو گروه برقرار باشد، جای داده شدند. پرسشنامه

۱- این کلینیک در شهر سقز و با مدیریت دکتر هاجر حسینی - متخصص زنان، زایمان و ناباروری - می‌باشد.

محقق ساخت، ابزار جمع‌آوری داده‌های این پژوهش می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۴۸ گویه برای سنجش متغیر سلامت اجتماعی است که این گویه‌ها طی مراحل عملی سازی این متغیر بدست آمده است. مراحل این عملی سازی که شامل ابعاد و شاخص‌های مختلف سلامت اجتماعی است در ادامه توضیح داده شده است.

عملیاتی کردن متغیر سلامت اجتماعی

شاخص‌های هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی آنگونه که در بنیاد مک آرتور^۱ مشخص شده است در جدول زیر بیان شده است.

جدول ۱: شاخص‌های هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی.

ابعاد	شاخص
شکوفایی اجتماعی	اعتقاد به رشد مثبت جامعه، داشتن این تصور که جامعه ظرفیت رشد را دارد، سرنوشت فرد در دست خودش است، شخص توان تکامل خود را در ابعاد مختلف به کمک توانی-های بالقوه‌اش دارد.
همبستگی اجتماعی	اجتماع قابل فهم و منطقی است، علاقه‌مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن، آگاهی و هوشیاری افراد جامعه در مقابل مشکلات زندگی اجتماعی، توانایی فهم اتفاقات اطراف (در مقابل بی‌معنایی زندگی قرار دارد).
انسجام اجتماعی	احساس بخشی از جامعه بودن، داشتن تصور تعلق به جامعه، احساس حمایت شدن از سوی جامعه، سهمیم بودن در جامعه، داشتن اشتراک‌های اجتماعی با سایر افراد جامعه.
پذیرش اجتماعی	داشتن گرایش مثبت نسبت به افراد، تصدیق و پذیرش افراد با وجود برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده‌ی آنها، پذیرش خود، داشتن احساس مثبت و سازنده در مورد خود (با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد).
مشارکت اجتماعی	فرد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارد، این تفکر که فعالیت آنها توسط جامعه ارزش‌دهی می‌شود، داشتن رفتاری مسئولانه نسبت به جامعه، داشتن کنش‌هایی که برای حیات بهتر جامعه سازنده است.

(کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴ به نقل از سام آرام، ۱۳۹۱: ۳۴).

روایی و پایایی ابزار جمع‌آوری داده‌ها

برای بررسی اعتبار^۱ از اعتبار محتوا استفاده شده است و با مراجعه به افراد صاحب- نظر میزان اعتبار گویه‌ها سنجیده شده است. پایایی^۲ پرسشنامه با استفاده از مقادیر آلفای کرونباخ^۳ برای هر کدام از شاخص‌های سلامت اجتماعی و همچنین خود سلامت اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفته است. جدول شماره ۲ مقادیر آلفای کرونباخ را نشان می‌دهد:

جدول ۲: مقادیر آلفای کرونباخ مربوط به سلامت اجتماعی و هر کدام از شاخص‌های آن.

متغیر	تعداد گویه	مقدار آلفای کرونباخ
شکوفایی اجتماعی	۷ گویه	۰/۷۰
همبستگی اجتماعی	۹ گویه	۰/۶۹
انسجام اجتماعی	۹ گویه	۰/۶۳
پذیرش اجتماعی	۱۱ گویه	۰/۵۷
مشارکت اجتماعی	۱۲ گویه	۰/۶۰
سلامت اجتماعی	۴۸ گویه	۰/۹۰

1 - Validity

2 - Reliability

3 - Cronbach's Alpha

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

جدول شماره‌ی ۳ شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مربوط به متغیرهای سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی را گزارش می‌کند. میانگین هر کدام از متغیرها در دامنه‌ی ۱-۵ گزارش شده است. تفسیر مقادیر چولگی به این شرح است: مقادیر مثبت چولگی نشان از این واقعیت دارد که نمره‌ی بیشتر پاسخگویان در مورد متغیر مورد نظر از مقدار میانگین همان متغیر کمتر است. مثال: مقدار چولگی سلامت اجتماعی زنان نابارور برابر ۰/۰۲ است و چون مقدار آن مثبت است لذا می‌توان استنباط کرد که نمره‌ی سلامت اجتماعی بیشتر زنان نابارور از مقدار میانگین این متغیر کمتر است. سایر مقادیر مثبت نیز به همین شکل قابل تفسیر است. برای مقادیر منفی چولگی می‌توان استنباط کرد که نمره‌ی بیشتر پاسخگویان در مورد متغیر مورد نظر از مقدار میانگین همان متغیر بیشتر است. برای نمونه: چولگی پذیرش اجتماعی زنان بارور، ۱/۰۷- را نشان می‌دهد و با توجه به مقدار منفی چولگی این متغیر می‌توان نتیجه گرفت نمره‌ی پذیرش اجتماعی بیشتر زنان بارور از میانگین این متغیر بیشتر است. سایر مقادیر منفی نیز به همین شکل تفسیر می‌شود.

جدول ۳: شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی زنان نابارور و بارور.

متغیر	میانگین	واریانس	چولگی	کمترین	بیشترین	
سلامت اجتماعی	زنان نابارور	۳/۱۴	۰/۱۸	۰/۰۲	۲/۳۴	۳/۹۱
	زنان بارور	۳/۳۶	۰/۱۲	۰/۷۱	۳/۰۴	۴
شکوفایی اجتماعی	زنان نابارور	۲/۵۵	۰/۴۲	۰/۷۳	۱/۴۳	۴
	زنان بارور	۲/۶۵	۰/۲۸	۰/۶۹	۲/۱۴	۳/۷۱
همبستگی اجتماعی	زنان نابارور	۳/۱۱	۰/۳۴	۰/۰۰۵	۲/۲۲	۴
	زنان بارور	۳/۴۸	۰/۱۱	۰/۸۴	۳/۲۲	۴/۱۱
انسجام اجتماعی	زنان نابارور	۳/۱۳	۰/۱۷	۰/۱۳	۲/۵۶	۳/۹
	زنان بارور	۳/۱۷	۰/۲۶	۰/۰۸	۲/۵۶	۴
پذیرش اجتماعی	زنان نابارور	۳/۷۵	۰/۱۵	-۱/۰۷	۲/۷۳	۴/۱۸
	زنان بارور	۴/۰۸	۰/۱۱	-۰/۵۷	۳/۴۵	۴/۶۴
مشارکت اجتماعی	زنان نابارور	۳/۱۷	۰/۱۷	۰/۶۵	۲/۶۷	۳/۹۲
	زنان بارور	۳/۴۴	۰/۱۵	۱/۳۰	۳/۰۸	۴/۲۵

آزمون فرضیه‌ها

فرضیه‌های پژوهش بر اساس آزمون آماری متناسب با سطوح سنجش متغیرهای مستقل و وابسته آزمون می‌شود که بر این اساس از آزمون مقایسه‌ی میانگین‌ها در نمونه‌های مستقل^۱ استفاده می‌شود. بر اساس جدول شماره‌ی ۴ و مقدار سطح معنی-داری متغیر سلامت اجتماعی در میان دو گروه زنان بارور و نابارور، وضعیت سلامت

1 - Independent Sample t- Test

اجتماعی در میان این دو گروه به صورت معنی‌داری متفاوت است. همچنین نشان می‌دهد که در میان ابعاد پنج‌گانه‌ی سلامت اجتماعی، ابعاد هبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی در میان این دو گروه از زنان متفاوت است و زنان بارور وضعیت بهتری دارند. اما ابعاد شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی تفاوت معنی‌داری در میان دو گروه مورد مطالعه را نشان نمی‌دهند.

جدول ۴: مقادیر آزمون تی دو گروه مستقل برای آزمون فرضیه‌ها.

متغیر	میانگین	مقدار t	درجه آزادی	معنی‌داری
سلامت اجتماعی	زنان نابارور ۳/۱۴	۱/۸۰	۳۸	۰/۰۴
	زنان بارور ۳/۳۶			
شکوفایی اجتماعی	زنان نابارور ۲/۵۵	۰/۵۳	۳۸	۰/۵۹
	زنان بارور ۲/۶۵			
هبستگی اجتماعی	زنان نابارور ۳/۱	۲/۵۱	۳۸	۰/۰۱
	زنان بارور ۳/۵			
انسجام اجتماعی	زنان نابارور ۳/۱۳	۰/۲۶	۳۸	۰/۸
	زنان بارور ۳/۱۷			
پذیرش اجتماعی	زنان نابارور ۳/۷۵	۲/۹۲	۳۸	۰/۰۵
	زنان بارور ۴/۰۸			
مشارکت اجتماعی	زنان نابارور ۳/۱۷	۲/۰۷	۳۸	۰/۰۴
	زنان بارور ۳/۴۴			

نتیجه‌گیری و بحث

وضعیت سلامت اجتماعی به صورت معنی‌داری میان دو گروه زنان بارور و نابارور متفاوت است. با توجه به شاخص‌ها و ویژگی‌های سلامت اجتماعی و وقوف بر این واقعیت که سلامت اجتماعی، جنبه‌ی اجتماعی سلامت است و پایه‌ی اساسی این بعد از سلامت ارتباط تنگاتنگی با نظام ارزشی، هنجارها و کنش متقابل میان کنشگران

اجتماعی دارد، لذا بهنجار به نظر می‌رسد که زنان نابارور از میزان سلامت اجتماعی پایین‌تری نسبت به زنان بارور برخوردار باشند (۳/۱۴ در برابر ۳/۳۶). این یافته با تحقیقات دیگری مانند (اندروز و دیگران، ۱۹۹۲ و محوری، ۱۳۸۳) هماهنگ است و یافته‌های آنان نیز پایین بودن ابعاد سلامت اجتماعی مانند اعتماد به نفس را در زنان نابارور تایید کرده است. همچنین از افسردگی، اضطراب و عدم رضایت از عملکرد جنسی این گروه از زنان گزارش داده‌اند که نشان دهنده‌ی این مطلب است که وضعیت سلامت اجتماعی زنان نابارور در شرایط مناسبی نیست. زنانگی برای تکمیل شدن نیازمند همراهی نقش «مادری» است. در جامعه‌ی ایران و شهر سقز، به عنوان جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی مقاله، نظام ارزشی و هنجاری جامعه ایجاب می‌کند که زنان در یک دوره‌ی خاصی از زندگی‌شان بتوانند نقش مادری را نیز ایفا کنند و این نقش علاوه بر مولد بودن برای تامین جمعیت، نوعی تکامل شخصیت فردی و اجتماعی زنان نیز می‌باشد. به صورت طبیعی انتظار بر این است که یک زن پس از ازدواج بتواند مادری را نیز تجربه کند و این مرحله از زندگی زنان ادامه‌ی یک فرایند تکاملی هم در شخصیت آنان و هم در جایگاه اجتماعی‌شان است. «در نظام‌های پدرسالاری، مادر شدن منشا احترام و قدرت است. جامعه برای زنی که مادر می‌شود ارزش قائل است» (عباسی شوازی و دیگران، ۱۳۸۴: ۹۲). بنابراین اگر زنی از این مرحله از تکامل، به هر دلیل، محروم باشد، بخشی از تکامل اجتماعی او دچار نقصان خواهد شد و همین نقصان قضاوت جامعه در مورد سلامت او را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد و این نگرش اجتماعی افراد پیرامون، سلامت اجتماعی زن نابارور را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

این دیدگاه اجتماعی که زن نابارور نقصانی در تکامل شخصیتی و جایگاه اجتماعی اش دارد، بر سایر ابعاد سلامت اجتماعی او نیز اثرگذار است. همان‌طور که نتایج آزمون فرضیه‌ها نشان می‌دهد میزان مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی زنان نابارور به شکل معنی‌داری از زنان بارور کمتر است. نتایج پژوهش‌های علامی و دیگران (۱۳۸۷) نیز همین مطلب را نشان می‌دهد. آنان بیان کرده‌اند در حدود ۵۱/۷ درصد از زنان مورد مطالعه که نابارور بودند کیفیت زندگی متوسط یا پایینی داشته‌اند که این وضعیت می‌تواند ناشی از ناباروری آنان باشد. همچنین پژوهش نوربالا و دیگران (۱۳۸۶) نیز به تأثیر ناباروری در کاهش کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی در میان زنان نابارور اشاره دارند: متوسط رضایت از زندگی زنان نابارور پیش از درمان ۱۴۴/۷ بوده است که پس از درمان به ۱۶۴/۱ رسیده است. چون اجتماعی نگرش منفی نسبت به عدم بارداری زنان و ایفا نکردن نقش مادری آنان دارد، لذا زمانی که زنی نمی‌تواند مادری و فرزندآوری را تجربه کند سعی می‌کند از تعاملات اجتماعی پیرامون خود فاصله گیرد تا کمتر مورد قضاوت اطرافیان قرار گیرد. همین وضعیت باعث می‌شود که همبستگی و میزان مشارکت اجتماعی زنان نابارور کاهش یابد و سعی کنند میزان تعاملات اجتماعی خود با اطرافیان را کاهش دهند. «زن نابارور ممکن است از تماس با مادر و خواهر خود پرهیز نماید چرا که آنها دائماً از او در این زمینه سوال می‌کنند. همچنین از دوستان حامله‌ی خود دوری می‌جوید زیرا آنان یادآورد این نکته هستند که دیگران به آسانی باردار می‌شوند» (کریم زاده میبیدی و دیگران، ۱۳۷۵: ۳۱-۳ به نقل از علامی و دیگران، ۱۳۸۷: ۲).

تعاملات اجتماعی زنان نابارور به دو دلیل با زنان هم سن خود که تجربه باروری را

دارند بسیار کمتر خواهد بود: ۱) زنان نابارور دوست ندارند در جمع‌های زنانه‌ای قرار گیرند که مرتب از آنها در مورد بارداری، یا دلایل عدم بارداری‌شان سوالات و مباحثی مطرح شود. ۲) دیدن تجربه‌ی بارداری زنان دیگر و تعاملات اجتماعی مربوط به این تجربه، برای زنان نابارور دردناک است و این مطلب می‌تواند از دلایلی باشد که باعث می‌شود زنان نابارور میزان مشارکت و همبستگی اجتماعی پایینی داشته باشند. البته در کاهش مشارکت اجتماعی زنان نابارور می‌توان به اثرات منفی که ارزش‌ها و هنجارهای جامعه در کاهش این مشارکت دارند نیز اشاره کرد. پژوهش‌های خارجی نیز این مطلب را در برخی کشورها نشان می‌دهد: در بسیاری جوامع مانند نیجریه، موزامبیک، زامبیا و بنگلادش نیز زنان نابارور از بسیاری از مراسم و آداب اجتماعی محروم‌اند. افراد جامعه آنها را به عنوان افرادی شرور در نظر می‌گیرند. زنان نابارور در معرض خشونت خانگی و رفتارهای توهین‌آمیز از جانب همسر و خانواده‌اش قرار دارند و همسر زن مجاز با ترک زن و ازدواج مجدد می‌باشد (ونبلن و گریس، ۲۰۰۱: ۲۱۶).

بر اساس یافته‌ها، میزان پذیرش اجتماعی زنان نابارور به صورت معنی‌داری از زنان بارور کمتر است. پذیرش اجتماعی در واقع یک مهارت اجتماعی است و مهارت‌های اجتماعی تا حدی به یکدیگر و همچنین شرایط و وضعیت اجتماعی پیرامون افراد مرتبط‌اند. زنان نابارور به علت نداشتن تجربه‌ی مادری، کمتر از نگرش مثبت و سازنده‌ی اجتماعی برخوردارند و فشارهای ناشی از نظام ارزشی و هنجاری که مادری را برای یک زن بایسته می‌داند، سبب می‌شود که زنان نابارور درگیر تنش‌های اجتماعی ناشی از قضاوت‌های اجتماعی و پرس و جوهای قرار گیرند که بر اساس آن

نگرش مثبتی نسبت به ساخت اجتماعی پیرامون و تعاملات اجتماعی با اطرافیان خود نداشته باشند. این وضعیت باعث می‌شود که پذیرش اجتماعی به عنوان یک مهارت اجتماعی در این زنان تقویت نشده و دست‌برق‌زی جهت‌گیری‌های معکوسی داشته باشند و در موقعیت‌هایی که نیازمند مدارا و پذیرش اجتماعی است از خود عکس‌العمل‌های نابهنجاری مانند افسردگی، انزوا، پرخاشگری و بدبینی داشته باشند. بیشتر این احساسات و کنش‌ها ناشی از نگرش زنان نابارور نسبت به قضاوت‌های اجتماعی پیرامون آنهاست.

بر اساس یافته‌ها دو شاخص شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی تفاوت معنی‌داری را میان زنان بارور و نابارور نشان نمی‌دهد. با توجه به ویژگی‌ها و شاخص‌هایی که این دو متغیر دارند می‌توان این گونه استدلال کرد که این دو متغیر به عنوان دو ویژگی اجتماعی، بیشتر به جایگاه نوع زن در جامعه باز می‌گردد و در این باره، باروری و عدم باروری زنان نقش تعیین‌کننده‌ای در وضعیت این دو متغیر در میان زنان ندارد. زنان به علت جایگاه عمدتاً فرودستی که در نظام فرهنگی و اجتماعی دارند اساساً جامعه و منافع آن را با خود یکی نمی‌بینند. این واقعیت هم جنبه‌ای تاریخی و هم فرهنگی دارد. تاریخی است از این نظر که نظام مردسالار قرن‌ها نظام ارزشی و هنجاری جامعه را متناسب با منافع و سلایق خود سازماندهی کرده است که در این سازماندهی، توجهی روشن به منافع و جایگاه زنان نشده است و علایق اجتماعی آنان زیاد مورد اعتنا نبوده است. از طرفی فرهنگی نیز هست چون در جوامعی که مردسالاری پررنگ‌تر و همه‌جانبه‌تر است، توجه کمتری به جایگاه و خواسته‌های زنان می‌شود. این وضعیت باعث ایجاد نوعی «ازخود بیگانگی جنسیتی» می‌شود که بر

اساس آن زنان با جامعه‌ای که مبانی ارزشی و هنجاری آن متناسب با مردان است و جایگاه تحت‌الامر و فرودستی به زنان می‌دهد مواجه هستند. این واقعیت سبب می‌شود که زنان حس بیگانگی اجتماعی و فرهنگی‌ای تجربه کنند که نتوانند جامعه را بستری مناسب برای رشد و شکوفایی توانایی‌ها و استعدادهای خود ببینند و از طرف دیگر جامعه را به عنوان فضای امنی که بتواند حقوق آنها را تامین کند و حامی آنها در بحرانهای اجتماعی باشد نیز نمی‌پذیرند و این وضعیت چیزی فراتر از داشتن یا نداشتن تجربه‌ی مادری است و به جایگاه جنسیتی زنان در اجتماع بازمی‌گردد. در نتیجه، تاحدی منطقی است که نوع زن، شکوفایی اجتماعی خود در جامعه را با نگرش خوشبینانه‌ای ننگرد و همچنین انسجام اجتماعی و نگرش «یکی بودن/شدن» با جامعه را در خود نداشته باشد یا دست کم این نگرش در او اندک باشد.

منابع

- استریت، دی (۱۳۷۶)، *مشاوره خانواده: نظر و عمل در نگرش سیستمی*، ترجمه: مصطفی تبریزی و علی علوی نیا، تهران، نشر فراوان.
- آدام، فیلیپ. هرتسلیک، کلودین (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، ترجمه: دکتر لورانس، تهران، انتشارات دنیا.
- امینی رازانی، مصطفی. موسوی، میرطاهر. رفیعی، حسن (۱۳۹۰)، «رابطه‌ی سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۴۲: ۲۰۳-۲۲۸.
- خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران (ایرنا)، ۱۳۹۳/۱۰/۲۱. www.irna.ir
- باشگاه خبرنگاران جوان، ۱۳۹۲/۰۲/۲۴. www.yjc.ir
- پارک، جی ای. پارک، کی (۱۳۸۴)، *درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی (کلیات خدمات سلامتی) بخش نخست*، جلد دوم، چاپ چهارم، ترجمه: حسین شجاعی تهرانی و حسین ملک‌افضلی، تهران، نشر سماط.
- خبرگزاری فارس، ۱۳۹۱/۰۶/۰۸. www.farsnews.com
- رفیعی، حسن. سمیعی، مرسله. فروزش، کیان. قازاریان. سینارحیمی، علی. اکبریان، مهدی (۱۳۸۸)، «تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران»، *فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی*، سال هفتم، شماره ۳۱: ۱۱۱-۸۱.
- زمانی، سیده نرجس. قاسمی، مریم، جوکار، الهه و خضری مقدم، نوشیروان (۱۳۹۲)، مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان نابارور، بارور و دارای سقط‌های مکرر، *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، دوره‌ی پانزدهم، شماره‌ی ۶: ۷۸-۸۳.
- سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید

- بر رهیافت پلیس جامعه محور»، *فصلنامه انتظام اجتماعی*، سال اول، شماره اول: ۹-۲۹.
- سام آرام، عزت الله (۱۳۹۱)، «سلامت اجتماعی، نظریه محوری مددکاری اجتماعی»، *فصلنامه مددکاران اجتماعی متخصص*، شماره ۱: ۲۳-۵۲.
- شجاعی تهرانی، حسین. عبادی فردآذر، فرید (۱۳۸۳)، *اصول خدمات بهداشتی*، چاپ ششم، تهران، نشر سماط.
- عباسی شوازی، محمد جلال. عسگری خانقاه، اصغر. رزاقی نصرآبادی، حجه بی بی (۱۳۸۴)، «ناباروری و تجربه زیسته زنان نابارور: مطالعه موردی تهران»، *پژوهش زنان*، دوره ۳، شماره ۳: ۹۱-۱۱۳.
- عریضی، حمید رضا. فراهانی، حجت اله (۱۳۸۷)، *روش های پیشرفته پژوهش در علوم انسانی (رویکردی کاربردی) (برای دانشجویان رشته های علوم رفتاری، علوم اجتماعی، علوم تربیتی، تربیت بدنی، مدیریت)*، اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی دانشگاه اصفهان.
- علامی، مه لقا. امانتی، لوئیز. شکرآبی، شعله. حقانی، حمید. رمضان زاده، فاطمه (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن»، *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (دوماهنامه پرستاری ایران)*، دوره ۲۱، شماره ۵۶: ۲۷-۳۵.
- علوی، سید ابوالقاسم. رشیدیان میبیدی، مریم (۱۳۹۰)، «بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد زندانی؛ نمونه مورد بررسی: افراد زندانی زندان های استان البرز»، *اصلاح و تربیت*، سال دهم، شماره ۱۲۳: ۲۹-۳۶.
- فهیمی، منیره (۱۳۸۸)، «مادری، واکاوی تجربه‌ی زنانه و تأثیر ناباروری بر زندگی زنان»، *کتاب ماه علوم اجتماعی*، شماره ۲۴: ۱۰۶-۱۰۷.
- کریم زاده میبیدی، محمدعلی. طاهری پناه، ربابه. افلاطونیان، عباس. دهقانی فیروزآبادی

- (۱۳۷۵)، **ناباروری: تکامل و درمان**، یزد، نشر یزد.
- گودرزی، محمدعلی و محرری سامعه (۱۳۸۳)، بررسی تفاوت‌های جنسی و طبقه اجتماعی در منبع مهارگذاری گروهی از دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر شیراز، **دانشور رفتار**، شماره ۷: ۴۷-۵۴.
- نوربالا، احمدعلی. رمضان زاده، فاطمه. ملک افضلی اردکانی، حسین. عابدی نیا، نسرین. رحیمی فروشانی، عباس. شریعت، مامک (۱۳۸۶)، «تأثیر مداخلات روانپزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج‌های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت باروری»، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، سال سیزدهم، شماره ۲: ۱۱۱-۱۰۴.
- نیلفروشان، پریسا. لطیفی، زهره. عابدی، محمدرضا. احمدی، سید احمد (۱۳۸۵)، «مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان بارور و نابارور»، **دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری**، دوره ۴، شماره ۱: ۶۶-۷۰.
- Andrews, F. M., Abbey, A & Halman L.J. (1992), Is Fertility Problem Stress different the dynamics of stress infertile and infertile couples?. *Fertility and Sterility*, 57(6): 1247-1253.
- Burns, L.H. & Covington, SH. N. (2000), *Psychology of Infertility, The Parthenon Publishing Group International Publishers in Medicine Science Technology*, New York.
- Evans, E. M. (2004), A Global Perspective on Infertility: On Under Recognized Public Health Issue, *University Center North Carolina at Capell Hill*, Vol. 18: 1-40.
- Farrall, A., & Geist- Martin, P. (2005), Communicating Social Health: Perception of Wellness of Work, *Management Communication Quarterly*, Vol. 18 (4): 543-592.
- Inhorn, M.C. (2003a), The Worm are Weak: Male infertility and Patriarchal Paradox in Egypt, Special Issue on Islamic Masculinities, *Men an Masculinities*, Vol. 5: 238-258.
- Inhorn, M.C. (2003b), *Local Babies, Global Science Gender*,

- Religion and In Vitro Fertilization in Egypt*, New York, Routledge.
- Keyes, C. L. M. (2004), *Complete Mental Health: an agenda for the 21century*. Washington.
 - Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004), Social well-being in the U. S.: A descriptive epidemiology, In O, Brim. C. D., Ryff & R. C., Kessler (Eds), *Healthing Are You? A national study of well-being of midlife*. University of Chicago Press.
 - Keyes, C., L., M. (1998), Social Well-Being, *Social Psychology Quarterly*, Vol. 61(2): 121-140.
 - Khayata, G. M., Rizk, D.E., Hasan, M.Y., Ghazal-Aswad, S. & Asaad, M. A. (2003), Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates, *Gynaecol Obstet*, 80(2): 183-188.
 - Larson, J. S. (1996), The World Health Organization definition of health: Social versus spiritual health, *Social Indicators Research*, 38: 181-192.
 - Lincoln, M. G. (2006), The Social Health Care Policy Implementation Gap: moving beyond the legacies of new public management, *Public Policy and Administration*, Vol. 21(4): 42-59.
 - Lunenfeld, B. & Steirteghem, A., V. (2004), Infertility in the Third Millennium: Implications for the Individual, Family and Society, *Human Reproduction Update*, Vol. 10(4): 317-325.
 - Ustun, B. & Jakob, R. (2005), Re-definition Health, Bulletin of the World Health Organization, *WHO (2000) World Health Organization*, 83: 802.
 - Van Balen, F.V., & Gerrits. T. (2001), Quality of Infertility Care in Poor-resource Areas and the Introduction of New Reproductive Technologies, *Human Reproduction*, 16(2): 215-219.